

医療的ケア終了届

年 月 日

木津川市長 宛て

保護者住所 木津川市

氏名

医療的ケアの実施を終了したいので、次のとおり届け出します。

医療的ケアの実施を終了する児童の氏名	
児童の生年月日	年 月 日
利用中の施設	
医療的ケアの実施を終了する年月日	年 月 日
医療的ケアの実施を終了する理由	